

443
FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

ANNÉE 1898

THÈSE

N°

POUR

LE DOCTORAT EN MÉDECINE

Présentée et soutenue le Jeudi 30 Juin 1898, à 1 heure

PAR

Joseph ATTAL

Né à Constantine (Algérie) le 30 octobre 1871

Ancien externe des hôpitaux de Paris

DES

TROUBLES VASO-MOTEURS

DANS

L'HYSTÉRIE

Président : M. DEBOVE, professeur.

Juges : MM. PROUST, professeur.

MARIE et POIRIER, agrégés.

*Le candidat répondra aux questions qui lui seront faites sur
les diverses parties de l'enseignement médical.*

PARIS

Imprimerie de la Faculté de Médecine

HENRI JOUVE

15, Rue Racine, 15

1898

FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

ANNÉE 1898

THÈSE

N°

POUR

LE DOCTORAT EN MÉDECINE

Présentée et soutenue le Jeudi 30 Juin 1898, à 1 heure

PAR

Joseph ATTAL

Né à Constantine (Algérie) le 30 octobre 1871

Ancien externe des hôpitaux de Paris

DES

TROUBLES VASO-MOTEURS

DANS

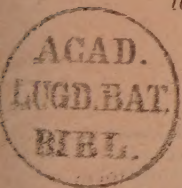
L'HYSTÉRIE

Président : M. DEBOVE, professeur.

Juges : MM. PROUST, professeur.

MARIE et POIRIER, agrégés.

Le candidat répondra aux questions qui lui seront faites sur les diverses parties de l'enseignement médical.



PARIS

Imprimerie de la Faculté de Médecine

HENRI JOUVE

15, Rue Racine, 15

1898

FACULTE DE MEDECINE DE PARIS

	Doyen	M. BROUARDEL
	Professeurs	MM.
Anatomie		FARABEUF.
Physiologie		CH. RICHET.
Physique médicale		GARIEL.
Chimie organique et chimie minérale		GAUTIER.
Histoire naturelle médicale		BLANCHARD.
Pathologie et thérapeutique générales		BOUCHARD.
Pathologie médicale		HUTINEL.
Pathologie chirurgicale		DEBOVE.
Anatomie pathologique		LANNELONGUE
Histologie		CORNIL.
Opérations et appareils		Mathias DUVAL
Matière médicale et Pharmacologie		TERRIER.
Thérapeutique		POUCHET.
Hygiène		LANDOUZY.
Médecine légale		PROUST.
Histoire de la médecine et de la chirurgie		BROUARDEL.
Pathologie expérimentale et comparée		LABOULBÈNE.
		CHANTEMESSE
		POTAIN.
Clinique médicale		ZACCOUD.
		HAYEM.
		DIEULAFOY
		GRANCHER.
Maladies des enfants		JOFFROY.
Clinique de pathologie mentale et des mala-		FOURNIER.
dies de l'encéphale		RAYMOND.
Clinique des maladies syphilitiques		BERGER.
Clinique des maladies nerveuses		DUPLAY.
Clinique chirurgicale		LE DENTU.
		TILLAUX.
Clinique ophthalmologique		PANAS.
Clinique des maladies des voies urinaires		GUYON.
Clinique d'accouchement		N.
		PINARD

Agrégés en exercice :

MM.	MM.	MM.
ACHARD	GLEYS.	RETTERRER.
ALBARRAN.	HARTMANN.	RICARD.
ANDRÉ.	HEIM.	ROGER.
BAR.	LEJARS.	SEBILEAU.
BONNAIRE.	LETULIE.	THIERY.
BROCA.	MARFAN.	THOINOT.
CHARRIN.	MARIE.	TUFFIER.
CHASSEVANT.	MENETRIER.	VARNIER.
DELBET.	NELATON.	WALTHER.
GAUCHER.	NETTER.	WEISS.
GILBERT.	POIRIER, chef des	WIDAL.
GILLES DE LA TOURETTE.	trav. anatomiques.	WURTZ.

SECRÉTAIRE DE LA FACULTÉ : M. CH. PUPIN.

Par délibération, en date du 9 décembre 1798, l'Ecole a arrêté que les opinions émises dans les dissertations qui lui seront présentées doivent être considérées comme propres à leurs auteurs, et qu'elle n'entend leur donner aucune approbation ni improbation.

A Monsieur le Professeur Le Dentu

Chirurgien de l'hôpital Necker
Membre de l'Académie de Médecine

A Monsieur le Docteur Huchard

Médecin de l'hôpital Necker
Membre de l'Académie de Médecine

A Monsieur le Docteur Oulmont

Médecin de l'hôpital La Charité

A Monsieur le Docteur Muselier

Médecin de l'hôpital Lariboisière

A MON PRÉSIDENT DE THÈSE :

Monsieur le Professeur Debove

Médecin de l'hôpital Beaujon
Membre de l'Académie de médecine
Chevalier de la Légion d'honneur

A mon Père

A ma Mère

Faible témoignage
de profonde reconnaissance.

A mes Frères et Sœurs

A mes Parents

A mes Amis

AVANT - PROPOS

Sydenham a dit, et tous ceux qui, depuis, ont décrit l'hystérie, ont répété : « Que cette névrose est un véritable Protée et peut se présenter sous autant de couleurs que le caméléon. »

Ce caractère ondoyant et divers de la « grande simulatrice » est de notion classique. L'hystérie en effet, se présente aux investigations du clinicien sous une infinité de formes qu'il est malaisé au premier abord de rattacher à la même cause, mais qui, en réalité, reposent sur un fonds commun. Comme le dit avec raison Bernutz « le défaut de subordination des trois grands appareils du système nerveux : encéphale, axe cérébro-spinal et grand sympathique qui fonctionnent indépendamment l'un de l'autre d'une manière désordonnée, donne lieu à une ataxie des plus remarquables, qui constitue un des caractères principaux de l'hystérie. » Que les troubles fonctionnels de l'un de ces appareils prédominent, l'observateur sera en présence de tableaux morbides très variés et très variables. Chez l'une, la névrose se manifestera par

des troubles de la motilité (paralysies ou contractures); une autre présentera des troubles de la sensibilité (anesthésie, hyperesthésie); une troisième offrira à l'examen des troubles psychiques (extase, délire); chez une autre enfin, les troubles vaso-moteurs seront au premier plan.

Ce sont ces troubles vaso-moteurs que nous nous proposons de passer en revue dans ce travail, parce que leur connaissance est relativement récente et que la littérature médicale ne renferme pas, sur ce sujet, un grand nombre d'observations.

Après avoir rapporté quelques cas personnels et quelques autres épars dans différentes publications antérieures, nous essayerons de donner de ces troubles vaso-moteurs, une explication plausible au point de vue physiologique.

Il nous faut avouer que, livré à nos propres ressources, nous aurions été très embarrassé de mener à bonne fin cette étude. Mais guidé dans nos recherches par M. le Docteur Oulmont, qui nous a inspiré le sujet de notre thèse et dont nous avons été l'élève pendant notre seconde année d'externat, — nous avons entrepris ce travail avec aisance, grâce surtout à ses conseils éclairés et à sa haute expérience clinique. Qu'il nous permette de lui en exprimer toute notre gratitude.

Nous ne saurions oublier d'adresser nos remerciements les plus vifs à tous nos maîtres dans les

hôpitaux qui, au cours de nos études, se sont toujours montrés pour nous, pleins d'une bienveillante sollicitude.

Que M. le Professeur Debove veuille bien agréer l'expression de notre reconnaissance pour l'honneur qu'il nous a fait en acceptant la présidence de notre thèse.



Historique

L'hystérie était connue dès la plus haute antiquité, et les troubles qu'elle détermine n'avaient pas échappé à la sagacité des premiers observateurs. Seulement l'interprétation en était faussée par les idées qui régnaient alors : les hystériques étaient considérés comme des sorciers, et les stigmates hystériques attestaient simplement que ceux qui en étaient porteurs étaient possédés du diable : « Tout être accusé de sorcellerie, soit pour la singularité de ses actes, soit par la simple déclaration de quelque voisin malveillant, était, en présence de ses juges, soumis à l'examen minutieux de toutes les parties du corps. L'examen se faisait avec l'idée préconçue que le diable marquait souvent sa présence par quelque signe particulier apparent à la surface du corps. Une tache de la peau, le pincement sans douleur, l'insensibilité à la piqure d'une épingle étaient signes certains, de même que les empreintes étaient considérées invariablement comme le sceau de la griffe du démon. » (Mesnet, Bulletin médical 1890.)

Etant données ces dispositions d'esprit, on conçoit aisément qu'il ne faut pas compter trouver mention de ces troubles dans les travaux des auteurs du moyen

âge. Ce n'est que plus tard, au xvii^e siècle, que les médecins, qui ont fait de l'hystérie une étude approfondie, les signalent, non d'une façon spéciale, mais incidemment, comme des phénomènes de peu d'importance.

Sydenham, un des premiers, nous a laissé de l'œdème hystérique une excellente description : « On peut toujours, dit-il, observer deux choses dans l'enflûre des hydropiques, c'est qu'elle est plus considérable le soir et que, quand on la presse fortement avec le doigt, l'impression y reste comme dans la cire molle. Au contraire, l'enflûre des personnes hystériques est plus grande le matin ; et quand on la presse avec le doigt, il ne reste aucune marque. »

La polyurie hystérique n'a pas échappé non plus à son esprit de fin observateur : « Un autre symptôme, dit-il, qui est le plus essentiel et qui en est presque inséparable, c'est une abondance d'urine claire comme de l'eau de roche, que les femmes hystériques et les hommes hypocondriaques rendent dans l'accès du mal. »

Au xviii^e siècle les observations deviennent plus fines et moins rares. Raulin parle également de l'œdème hystérique. Pierre Pomme, à son tour, publie un cas très intéressant d'hémoptysie hystérique, et signale même le frisson hystérique. Whytt appelle l'attention sur « les hémorrhagies extraordinaires qui se font par les yeux, par les oreilles, le

bout des doigts et tant d'autres parties du corps, chez les hystériques. »

Mais, somme toute, les observations sont encore rares, et si on les rapportait à l'hystérie, on en ignore la cause productrice.

C'est avec Briquet (1859) que commence réellement l'étude approfondie de l'hystérie et de tous les troubles qui l'accompagnent, troubles qui étaient considérés jusqu'alors comme accessoires et dont la pathogénie n'avait pas encore été démêlée.

Dans son traité de l'hystérie, Briquet consacra un chapitre spécial à l'étude des troubles vaso-moteurs et sécrétoires. Il décrit le ptyalisme, les sueurs abondantes avec infection de la peau; il cite le cas de Chauffard (d'Avignon) d'une hystérique de 21 ans, chez laquelle il y avait des attaques de convulsions de 24 à 36 heures de durée pendant lesquelles la sueur était colorée en rouge et mêlée de sang sur les pommettes et à l'épigastre. Il relate également l'observation d'une femme hystérique qui présentait de la galactorrhée. En même temps il essayait d'en donner une explication physiologique.

Mais, il faut bien le dire, la littérature médicale s'enrichissait médiocrement, et les cas publiés étaient encore peu nombreux. Cette pénurie tenait surtout à ce que les malades qui présentaient ces troubles vaso-moteurs s'adressaient de préférence à des médecins

spécialistes, qui, le plus souvent, ne savaient pas ou ne songeaient pas à incriminer l'hystérie.

C'est ainsi que les premières observations vraiment intéressantes avaient été, tout d'abord, signalées et décrites par les dermatologistes. Pour ne parler que de ce trouble vaso-moteur, connu actuellement sous le nom de *dermographisme*, c'est par les dermatologistes tels que Royer (1835), Gull (1859), Blachez, Hebra père (1874), Hardy (1875), qu'il avait été d'abord étudié. Et ce ne fut qu'à partir de l'observation de Beaumetz (1879) que cette affection devint de notion courante, tout au moins en France.

Bientôt les neurologistes Axenfeld, Bourneville et Regnard, Charcot et ses élèves, Huchard, contribuèrent à faire mieux connaître l'étude de ces troubles vaso-moteurs.

Parmi ces auteurs, une place prépondérante doit être réservée à Charcot et ses élèves, au nombre desquels il faut citer particulièrement M. Gilles de la Tourette.

C'est Charcot qui, dans une de ses leçons du mardi (28 juin 1889) étudie magistralement l'œdème bleu des hystériques et en établit nettement la signification nosographique. Puis paraissent l'observation de Boix (*Nouv. Iconographie de la Salpêtrière*); de Pitres (*Leçons cliniques sur l'hystérie*); de Thibierge (*Société française de dermatologie* 1892).

C'est également dans ces dernières années que

l'on étudia d'une façon spéciale les hémorrhagies, les ecchymoses, les sueurs de sang, qui surviennent chez les hystériques. Magnus Hurs, il est vrai, les avait déjà signalées, mais il les mettait sur le compte de l'hémophilie, comme d'autres médecins les attribuaient à des traumatismes.

Mais là encore, la question ne fut vraiment bien étudiée que dans les travaux émanés de l'Ecole de la Salpêtrière, parmi lesquels nous citerons les thèses de Ferran, d'Aug. Martin, le mémoire de Bourneville sur Louise Lateau, le travail de Gilles de la Tourette.

Quant aux hémorrhagies oculaires, auriculaires, on les considéra longtemps comme indépendantes de l'hystérie. C'est ainsi que Magnus Huss relate une observation d'otorrhagie qu'il ne sait à quelle cause rapporter, mais qui est certainement d'origine hystérique. En 1891, Luc (Archives Internat. de laryngologie) en publie un cas très intéressant; et en 1892, le professeur Carrieu, de Montpellier, publie une leçon, appuyée de faits cliniques, sur les otorrhagies, les hématoméses, sueurs survenues chez des hystériques.

Parmi les thèses récentes qui traitent de la question, nous devons signaler particulièrement celle d'Athanassio, thèse faite sous l'inspiration de Charcot et sous la direction de M. Gilles de la Tourette.

OBSERVATIONS

Observation 1

(Personnelle)

Recueillie dans le service de M. le Dr Oulmont
(Hôpital de La Charité).

La nommée Ger... Angèle, âgée de 33 ans, couturière, est entrée dans le service, salle frère Côme, le 13 novembre 1897.

Antécédents héréditaires. — Père mort à 45 ans; bacillaire. Mère morte également bacillaire cinq ans plus tard. Très nerveuse, elle avait des colères très violentes, accompagnées de crises d'étouffements; mais elle n'eut jamais d'attaques convulsives. Elle a eu quatre frères dont deux sont vivants et bien portants, mais s'emportant facilement. Un des frères décédés avait des crises (cinq par jour). La malade a en outre deux sœurs bien portantes et n'ayant jamais eu de crises convulsives, quoique très nerveuses toutes les deux.

Antécédents personnels. — La malade a toujours été d'un nervosisme excessif. Elle s'essouffait facilement et en sautant à la corde était souvent obligée de s'arrêter.

Vers l'âge de onze ans, elle est prise de pertes de con-

naissance, précédées de sifflements d'oreilles et durant une demi-heure au maximum. Ces crises se répétaient quelquefois deux ou trois fois par jour, et n'ont cessé qu'un an après l'apparition des règles. La malade a été réglée à 12 ans, mais toujours très irrégulièrement. De 12 à 17 ans, elle jouit d'une santé parfaite, tout en présentant de la dyspnée d'effort et de fréquentes épistaxis.

A 18 ans, la malade accouche d'une petite fille. Hémorragie au moment de la délivrance. L'enfant meurt à 4 ans de méningite, après une semaine de maladie. Cette perte la jeta dans un état nerveux très grave, avec des insomnies rebelles.

Six mois après cette mort, la malade, en allant au cimetière, est prise dans l'omnibus d'une crise violente. Elle pousse des cris et se débat. La crise dure une demi-heure environ et se répète dans la soirée.

Un mois après, nouvelle crise précédée d'une période d'énervement avec sensation de boule.

Les crises ont augmenté de fréquence pendant 4 ans ; elles reviennent tous les mois à peu près et surtout à l'occasion des contrariétés, ainsi qu'au moment des règles.

Accalmie relative pendant deux ans, ou plutôt elle a des crises, mais à peine ébauchées et consistant simplement en pertes de connaissance.

Depuis 3 ans $1/2$, les crises sont revenues avec leur intensité et leur périodicité comme autrefois. Durée : de $3/4$ d'heure à une heure.

Souvent à la fin de ces crises, la malade se met à pleurer.

Ces temps-ci les crises ont encore augmenté de fréquence : deux par mois.

La malade déclare vomir du sang au moment de ses règles depuis cinq ou six mois. Le sang est rouge et ne renferme pas de caillots. La quantité est évaluée à un demi-verre d'eau.

Elle a souvent remarqué le soir de l'œdème des jambes bilatéral.

Appareil digestif. — L'appétit est très capricieux ; rarement des vomissements alimentaires. La malade prend du café en quantité exagérée (jusqu'à 7 tasses par jour). Pas d'excès éthyliques.

Système nerveux. — Motilité. — Dynamomètre : 14 à droite, 20 à gauche. Pas de troubles de la marche.

Sensibilité. — Dans tout le côté droit du corps, on constate une diminution de la sensibilité au tact, à la douleur et à la température.

Cette anesthésie est plus prononcée à l'avant-bras et à la jambe.

Organe des sens. — Le champ visuel est rétréci à droite. L'acuité visuelle est égale des deux côtés. Pas de dyschromatopsie.

L'ouïe est normale. L'olfaction est un peu diminuée à droite.

Il existe des zones hyperesthésiques au niveau du rachis, du vertex, de la région ovarienne à gauche et au niveau des seins.

Troubles trophiques et vaso-moteurs. — La malade a remarqué depuis l'âge de onze ans que son bras et surtout sa jambe droite avaient une teinte violacée. En même temps

elle éprouvait dans ces parties une sensation constante de froid.

Actuellement, on constate un érythème violacé d'aspect réticulé au membre supérieur où il remonte jusqu'à l'aisselle, et au membre inférieur où il remonte jusqu'à l'aine.

Les pommettes sont toutes deux violacées mais la teinte est beaucoup plus accentuée du côté droit.

En même temps que ces troubles objectifs, la malade accuse des sensations de froid et des fourmillements.

La température cutanée semble moindre à droite, mais l'examen thermométrique n'a pas donné des résultats précis.

Il n'existe ni dans l'aine, ni dans l'aisselle d'adénites susceptibles de produire une compression veineuse.

Réflexes. — Le réflexe pharyngé est normal, plutôt un peu exagéré. Le réflexe rotulien est exagéré. Le réflexe plantaire est plus marqué à gauche.

Intellect. — Grande mobilité d'esprit. La malade rit et pleure sans raison. Pas de défaillances de la mémoire.

Appareil circulatoire. — Le pouls est un peu faible mais régulier. La percussion ne révèle pas de dilatation des cavités cardiaques.

L'auscultation pratiquée à plusieurs reprises ne décelé la présence d'aucun bruit anormal. Pas d'œdème des jambes.

Appareil respiratoire. — Rien à l'auscultation ni à la percussion. Aucun signe pouvant faire songer à une altération des ganglions trachéo-bronchiques. La malade tousse surtout lorsqu'elle est émotionnée. La toux est férine, la voix enrouée et cette raucité s'accroît à la moindre émotion.

La malade a eu trois crises de nerfs en 15 jours depuis

son entrée. Les crises surviennent la nuit et sont précédées d'une sensation d'étouffement.

La cyanose existe toujours aussi accentuée, comme traitement : douches écossaises et ergotinine Yvon.

Observation 2

(Inédite)

Due à l'obligeance de M. Paquimoglu, (service de M. Troisie)

Br...., âgé de 32 ans, entré le 12 mars 1898.

Antécédents héréditaires. — Père mort de pneumonie à 63 ans, mère très sujette aux migraines, deux ou trois accès par semaine ; très vive, s'emportant facilement : n'a cependant jamais eu de crises de nerfs, morté à 61 ans.

Antécédents personnels. — Pas de maladies infectieuses dans l'enfance, pas de syphilis, accès de rhumatisme qui durent trois mois pendant son service militaire ; à la suite, érysipèle de la face et du cuir chevelu, qui s'est répété il y a deux ans.

Jamais d'attaques de nerfs.

En 1890, le malade a commencé à avoir des crampes dans le bras et la jambe gauche. Pendant plus de deux mois ces crampes se répétèrent plus de 20 fois par jour. Il continua néanmoins à travailler, mais en 1893, pendant qu'il était à son ouvrage, il est pris d'une perte de connaissance qui dure cinq minutes environ. Pas de paralysie à la suite de cette perte de connaissance. Puis, les crampes devinrent

moins fréquentes, mais sa main s'affaiblissait davantage. Il ressentait comme des engourdissements.

En 1894, nouvelle perte de connaissance, céphalalgie persistante depuis ces accidents, perte de la mémoire. Le malade voit alors sa main se contracturer et, quelques jours plus tard, commencer à enfler. Il y a trois mois, nouvelle perte de connaissance, à la suite de laquelle se produisent les mêmes phénomènes du côté de la main et de la jambe, (engourdissements, crampes).

Etat actuel. — Si on examine le malade dans le décubitus dorsal, on constate que le côté droit de la face est animé d'un tremblement qui s'accroît par moments. Ce tremblement est plus accentué au niveau de la partie supérieure de la joue : c'est un mouvement presque rythmique, à chaque instant, on voit la région du muscle zygomatique se soulever en haut et en dedans. La langue est extrêmement déviée à gauche. Le malade siffle assez bien.

Si on fait exécuter des mouvements au membre supérieur droit, on constate que ces mouvements s'exécutent d'une manière saccadée, par à-coups. La main est contracturée à angle droit sur l'avant-bras, et les doigts, enroulés, courbés et légèrement déviés vers le bord cubital, appuyant sur le pouce ; on constate en outre sur la face palmaire et la face dorsale des doigts et sur l'éminence thénar un œdème considérable qui se laisse à peine déprimer. Les saillies des tendons et des os sont effacées. La coloration de la peau est rouge violacée, presque bleue par endroits, coloration qui s'accroît au niveau de la tête des métacarpiens, (surtout du 3^e). Au toucher, cette main est froide, glacée. Le membre inférieur est animé de tressaillements dans toute son étendue.

due. Les muscles sont agités de contractions involontaires, surtout au niveau du quadriceps fémoral. Le pied présente la même contracture que la main.

Système nerveux. — *Sensibilité.* — Abolition complète de la sensibilité du côté droit, au contact ; la piqure, le froid, le chaud, ne sont pas perçus de ce côté. Cette hémianesthésie est localisée au côté droit et cesse à la ligne médiane.

Retrécissement considérable du champ visuel à droite, achromatopsie, abolition de l'ouïe à droite, olfaction diminuée, le réflexe pharyngé est aboli, le réflexe rotulien est exagéré ; trépidation spinale du côté droit.

Si on fait marcher le malade, on constate qu'il exécute avec la jambe droite un mouvement de circumduction, et que le pied porte sur la pointe tout d'abord.

Troubles trophiques et sécrétoires. Le malade accuse une transpiration très abondante du côté de l'aisselle droite. Il se plaint d'avoir des mictions fréquentes et abondantes (4 à 5 litres d'urine par jour). Les autres appareils ne présentent rien de particulier.

Observation III

(Résumée).

Publiée par Morel. Médecine moderne, 11 mars 1896.

Epididymite hystérique avec œdèmes nerveux et poussées incessantes d'érythème noueux.

Le nommé G... L..., 35 ans, employé de commerce, entre, au mois de décembre 1894, à l'hôpital Ricord. pour des poussées douloureuses au niveau des testicules.

Antécédents héréditaires nuls.

Antécédents personnels. — Aucune maladie jusqu'à la première blennorrhagie contractée en 1878. Récidives en 1880, 1882 et 1891. Au cours de cette dernière blennorrhagie, se déclare une orchite gauche.

Le 1^{er} juillet 1894, à la suite d'un bain chaud, de vives douleurs se déclarent dans le testicule droit. Le lendemain, apparition, sur la partie moyenne des jambes, de plaques érythémateuses sur fond induré. Au mois d'août 1894, nouvelle poussée douloureuse sur le testicule droit qui enfle légèrement. Elle coïncide avec des plaques d'érythème sur les jambes.

Jusqu'à la fin de l'année 1894, le malade voit se renouveler fréquemment la même série d'accidents.

A son entrée à l'hôpital, il présente des signes d'hystérie confirmée : zones hyperesthésiques, plaques disséminées d'anesthésie ; abolition du réflexe pharyngien, rétrécissement du champ visuel. Au moral, sensibilité exagérée et caractère versatile.

Remis de ces accidents, le malade quitte l'hôpital.

Il revient en mai 1894, toujours pour ses poussées douloureuses du côté des testicules et ses plaques d'érythème. On explore sa sensibilité à l'aide d'une épingle ; le lendemain, sans fièvre, sans douleur aucune, apparition d'un œdème marqué au niveau des piqûres. Disparition rapide en 2 ou 3 jours. Le 8 juin, autre exploration semblable ; trois jours après, sans fièvre, ni douleur, il survient un changement de coloration des téguments de la main gauche qui paraissent cyanosés. Le même phénomène se produit en quelques heures sur le membre supérieur jusqu'au cou.

Dès le soir, ces parties sont envahies par l'œdème.

En septembre 1895, au cours d'un voyage, il est pris de violentes douleurs lombaires. Un médecin consulté constate la présence d'une grande quantité d'albumine. Quatre jours après, nouvel examen des urines, on ne trouve plus aucune trace d'albumine.

Quelques jours après, vivement contrarié par ces accidents qui l'empêchaient de travailler, très surexcité, agacé par le moindre bruit, il perd connaissance et, pour la première fois, a une crise de nerfs qui dure deux heures. Le lendemain, apparition, sur la jambe droite, sans douleur et sans fièvre, d'un œdème qui remonte rapidement jusqu'au niveau de l'aîne.

Observation IV

(Résumée).

publiée par Manheimer, in Archives de Neurologie, 1896.

Juliette L..., 27 ans, est entrée à l'asile Saint-Anne, le 27 février 1896, pour des crises nerveuses qui survenaient en moyenne trois fois par semaine. Ordinairement calme, la malade est, à certains moments, particulièrement excitée. Les crises qu'elle a sont parfaitement caractérisées : contorsions, grands mouvements de flexion et d'extension du tronc, vociférations, puis phase de somnambulisme avec hallucinations visuelles.

Les crises se répètent à des intervalles irréguliers, mais les contrariétés, la crainte des douches, la suggestion agissent puissamment sur leur production.

Anesthésie à distribution très irrégulière : tout le côté gauche et le membre supérieur droit, en manche de veste. En arrière ne persiste que la sensibilité du rachis et de la face postérieure de la cuisse droite. Hyperesthésie ovarienne des deux éôtés. Anesthésie pharyngée. Rétrécissement du champ visuel. Pouls et température normaux. Urine normale, non albumineuse. Transpiration accentuée à l'aisselle droite. Description de la main malade. La main gauche est le siège d'un œdème très prononcé. La main est prise en entier : de cinq centimètres au-dessus du pli radio-carpien à l'extrémité des doigts. Ceux-ci, tuméfiés, sont raidis, les phalanges en extension, les extrémités légèrement recourbées vers la paume.

L'œdème est dur. La coloration de la peau est à peu près normale, avec marbrures rosées. La face palmaire est également enflée, car les plis digito-palmaires et digitaux formaient comme autant de brides entre lesquelles la peau bombe fortement.

La main est le siège d'une douleur vague, qui n'est plutôt qu'une gêne, une pesanteur désagréable. Et cependant l'anesthésie y est complète : insensibilité à la pression à la douleur, aux variations de température. Quelques jours après, la main ne désenflant pas, on l'examine après une exposition au froid un peu prolongée. L'œdème présente alors une teinte nettement rosée, tachetée, au milieu de la face dorsale, d'un piqueté rougeâtre. Les doigts un peu tuméfiés sont d'un rouge accentué.

Une compression assez forte par un bandage très serré, au pli du coude, donne au bout de 4 minutes environ, une cyanose très marquée de la main et de l'avant-bras. La coloration générale est alors d'un violet pâle, avec, par endroits, des îlots arrondis, les uns d'un rose brique, les autres bleutés, dessinant ainsi des marbrures de nuances diverses. Enfin, l'élévation de la main, maintenue un certain temps, produit sur l'avant-bras les mêmes taches rouges briques, sur fond légèrement cyanosé.

Bien plus, au cours du sommeil provoqué, on demande à la malade si la main n'avait pas été d'un bleu plus net, et dans la journée même on voit apparaître, toujours sur la main gauche, une teinte générale bleu violacée aux marbrures de nuances plus foncées. Deux heures après environ, cette teinte bleue vire au lilas et l'œdème disparaît un peu plus tard presque complètement. Mais la main, même désen-

flée, présente un aspect spécial : elle est souvent de coloration grisâtre, d'un gris lilas, surtout prononcée à la base des doigts.

Observation 5

(Résumée)

Publiée par Manheimer (in Archives de neurologie 1896)

Emile L., journalier, 24 ans.

Antécédents héréditaires à peu près nuls.

Antécédents personnels : Aurait eu une première crise délirante dès l'âge de 7 ans ; ces crises seraient devenues de plus en plus fréquentes, de plus en plus graves et maintenant le malade devient, pendant ces accès, fort dangereux, brise tout ce qui lui tombe sous la main. Après une de ces attaques, sommé par un agent de la sûreté de l'aider à l'arrestation d'un voleur armé d'un revolver, il parvient bien à s'emparer de l'arme, mais assène à l'agent un violent coup de poing. Traduit en justice, il est déclaré irresponsable.

Etat actuel. — D'un caractère mobile et changeant, il prend facilement en affection certains infirmiers, en haine les autres, perdant vite patience, réclamant avec persistance son transfert, prétextant qu'il s'ennuie beaucoup. Les crises qui étaient fréquentes auparavant, ne se produisent plus maintenant que deux fois par semaine. Chute avec cri, convulsions toniques et cloniques, arc de cercle, puis phase délirante durant une heure, pendant laquelle le malade

chante, pleure, gesticule, exhale ses colères contre les infirmiers qui lui ont déplu. Il ne se mord pas la langue et ne perd pas ses urines.

Les troubles de la sensibilité sont un peu confus et disséminés sur tout le corps. Abolition du réflexe pharyngé et du réflexe cornéen.

Ce sont les crises de frissons qui frappent surtout. Brusquement se produit un tremblement généralisé, et après quelques secondes de frissons apparaît une poussée, généralisée aussi, de petites élevures, dont est couverte la peau du thorax antérieur, de l'abdomen, des membres, du cou, du front et même du cuir chevelu. Examinées à la loupe, ces petites éminences miliaires montrent toutes en leur centre un poil. C'est une érection de follicules pilo-sébacés, « une chair de poule » si généralisée qu'elle donne à toute la peau un aspect gaufré.

Ces crises de frissons se produisent à des intervalles très irréguliers et sans cause provocatrice spéciale.

On peut également, en passant un crayon mousse, ou simplement l'ongle sur la peau du malade (surtout à la face antérieure du thorax) susciter le dermatographe. Sitôt après, la trace apparaît sous forme d'une raie blanche, qui rapidement s'élargit en bandelette : celle-ci rosée, légèrement foncée sur les bords, flanquée de chaque côté d'une zone rougeâtre s'étendant sur une largeur de 3 à 4 millimètres. 3/4 de minute après environ, la partie médiane de la bandelette se fonce ; les bords sont plus manifestement rouges. Il y a déjà légère surélévation. Au bout de trois minutes la bandelette a grossi, gonflé, pris un relief arrondi à

l'extrémité. Un quart d'heure après, la surélévation s'affaisse et disparaît.

Les deux mains du malade sont, par endroits, rouge violacé, et cette teinte est surtout accentuée sur la face dorsale ; la face palmaire est humide, gluante, des deux côtés également. Elles sont le siège de crises paroxystiques de sueurs. Le malade ressentirait à certains moments une sensation de froid aux mains et c'est alors qu'il y aurait transpiration. Ces crises ne coïncident pas avec les frissons, elles arriveraient plutôt après. Les pieds transpirent facilement été comme hiver. Enfin la transpiration est abondante à l'aisselle, surtout à l'aisselle droite. Pas de ptyalisme ; pas de sécrétion nasale exagérée.

Observation 6

(In thèse Athanassio)

B..., âgée de 18 ans, après avoir présenté une série d'accidents de nature hystérique, fut prise des symptômes suivants : le gros orteil du pied gauche se contracture en extension et abduction forcée. Puis le pied et la partie inférieure de la jambe sont envahis assez rapidement par un œdème dur, avec coloration violacée des téguments. L'œdème qui occupe tout le pied et les 2/3 inférieurs de la jambe est énorme, donnant aux deux segments du membre une forme cylindrique. Les saillies et méplats ont disparu, les malléoles ne sont plus apparentes. Le gonflement con-

siste en une infiltration œdémateuse de la peau et des tissus sous-cutanés. Cet œdème est dur. La peau, au niveau des parties gonflées, est cyanosée ; elle a une teinte générale violacée sur laquelle se dessinent des marbrures d'une coloration plus foncée, lie de vin. Elle est sèche, luisante et froide.

Avec ce gonflement œdémateux, qui est allé en augmentant depuis une semaine environ, il s'est développé au niveau des parties tuméfiées : 1° Une hyperesthésie douloureuse et superficielle des téguments. Les frôlements, les excitations légères à fleur de peau y déterminent une sensation de cuisson insupportable. Par contre, une pression forte exercée sur une large surface est bien tolérée. La sensibilité thermique est émoussée. Le contact d'une boule d'eau très chaude ne détermine qu'une vague sensation de chaleur ; 2° des douleurs spontanées. Ces douleurs consistent en tiraillements, élancements, sensation de brûlure. Elles sont assez intenses pour empêcher le sommeil.

Tous ces troubles : Œdème, cyanose, sensations douloureuses, hyperesthésie, ont persisté pendant un mois. Ils ont été suivis de près par une série d'attaques convulsives, qui ont cessé au bout de quelques jours. Après un intervalle de quelques semaines, les mêmes accidents locaux (œdème, cyanose) ont reparu, mais très atténués cette fois ; ils ont été suivis comme la première fois d'une série de crises convulsives.

Observation 7

(Observation de Charcot)

Il s'agit d'une jeune fille, qui avait été affectée antérieurement de crises convulsives, de mutisme, etc., et qui, plus tard, mariée, présenta une simulation hystérique de phtisie pulmonaire (toux, amaigrissement, anorexie).

Dans les premiers jours de janvier 1884, cette malade vit se développer en quelques heures, sans cause appréciable, un gonflement de son membre inférieur droit en même temps que la peau de la région tuméfiée prenait une teinte rougeâtre, bleutée. Ce gonflement œdémateux était dur ; il ne gardait que peu ou point l'empreinte du doigt. Il était complètement indolent. L'état général était parfait ; il n'y avait pas de fièvre.

Un chirurgien consulté, croyant se trouver en présence d'un phlegmon profond ou d'une périostite, pratiqua, après beaucoup d'hésitations, il est vrai, au niveau de la cuisse, deux longues et profondes incisions ; l'hémorrhagie fut peu abondante, mais pas tracée de pus. La plaie se cicatrisa en quelques jours ; bientôt après, le gonflement disparut comme il était venu.

Le 7 mars de la même année, pareil accident se reproduisit à l'autre jambe. A son tour, le membre inférieur droit fut envahi spontanément par un œdème dur, bleu clair, indolent. Cette fois, on se borna à exercer une compression élastique des régions gonflées, et au bout d'une semaine, la tuméfaction œdémateuse avait disparu.

Observation 3

(Publiée par M. Comby in Journ. A. méd. et Chir. pratiques
1881.)

Une jeune fille de 19 ans, sans antécédents particuliers bien réglée, a été atteinte l'année dernière, d'une pneumonie à la suite de laquelle elle a présenté de temps à autre des sueurs aux pieds et aux mains qui la gênaient et l'inquiétaient.

Il y a un mois, les sueurs furent si abondantes qu'elles condamnèrent la malade au repos et l'obligèrent à entrer à l'hôpital.

Cette diaphorèse n'a pas cessé depuis un mois, et la malade a les pieds et les mains baignés de liquide; l'épiderme est macéré et se détache à certains endroits. A quelque heure de la journée ou de la nuit que ce soit, l'état est toujours le même. Les mains jusqu'aux poignets, les pieds jusqu'aux chevilles sont les seules parties affectées. Toutes les autres parties du corps échappent à cette diaphorèse.

Au bout de quelques heures survinrent quelques phénomènes douloureux qui firent penser à une manifestation rhumatismale, mais qui cessèrent spontanément. On administra un vomitif, on donna du sulfate de quinine, de l'atropine, de la pilocarpine, tout cela sans résultat bien marqué. Les choses en étaient là, lorsqu'après un mois environ de ces différents traitements, la malade tombe en léthargie, avec des intervalles d'hallucination et de délire gai. Cet état dure

pendant 4 jours, pendant lesquels les sueurs disparaissent. Puis la malade revient à elle, et les sueurs reparaissent moins abondantes. Pour la première fois, on examine sa sensibilité et on constate une anesthésie cutanée et sensorielle diffuse avec prédominance à gauche qui caractérise bien la nature hystérique de ces accidents.

A partir de ce moment, les phénomènes hystériques se succèdent.

Après un nouvel accès de léthargie et des convulsions, la malade se réveille un jour avec une amaurose double et complète ; les sueurs sont revenues encore une fois ; et en effet, pendant les crises hystériques, les sueurs diminuent en se supprimant presque chaque fois pour revenir dans les intervalles lucides.

Observation 9

Publiée par M le Professeur Carrieu (Nouv. Montpellier médical, 1892).

Hélène M..., 21 ans, domestique, entrée à l'hôpital le 3 mai 1872.

Antécédents héréditaires. — Père, alcoolique avéré, a eu une première attaque à 48 ans, et depuis lors les attaques sont devenues fréquentes.

Il tombe brusquement sans connaissance, sans écume, sans cri, sans morsure de la langue. Pas de paralysie consécutive. Il est d'un caractère excessivement violent. La mère

morte tuberculeuse. La malade a eu trois frères, plus ou moins nerveux.

Antécédents personnels. — Rien à signaler jusqu'à 19 ans, si ce n'est des troubles menstruels. D'un caractère très vif, elle s'emportait facilement, mais revenait vite. Très souvent, accès de colère suivis de crises de larmes. A 19 ans, la malade a une dispute avec sa marâtre (octobre 1890). Elle entre dans une violente colère, lance des bouteilles à la tête de son interlocutrice. Puis toujours violemment surexcitée, elle s'enfuit dans le jardin, la tête complètement perdue. Là, elle se sent défaillir, il lui semble qu'une boule part du creux épigastrique et vient l'étouffer à la gorge. Elle se débat, ne peut plus respirer, pousse un grand cri, tombe et perd connaissance. Elle demeure une heure dans cet état, continuant à se débattre avec de grands mouvements, arc de cercle, sans morsure de la langue, ni écume. Au bout d'une heure, elle reprend connaissance et a une abondante crise de larmes. Elle est toute brisée avec un grand mal à la tête et à l'estomac. Puis, le soir, brusquement, il s'écoule des deux oreilles un filet de sang vermeil qui continue à couler avec la même abondance toute la nuit. Dès l'apparition de l'hémorrhagie, les douleurs de tête avaient disparu comme par enchantement.

Les jours suivants, elle saignait des deux oreilles chaque matin, mais l'écoulement cessait le restant de la journée. Cet état dure deux mois et entraîne une faiblesse assez marquée. Un médecin lui ordonne des injections très chaudes dans les oreilles. L'écoulement se tarit quelques jours, puis, après une injection trop chaude, la malade a tout à coup une sensation bizarre, tombe brusquement sur son lit et demeure

là, étendue, comme morte, les yeux fermés. Elle entendait et comprenait ce que l'on disait à côté d'elle, mais se sentait complètement impuissante.

Elle demeure deux jours dans cet état. A la suite d'une saignée, elle montre avec sa main qu'elle souffre du cou, et, au même moment, elle rend un grand caillot, puis rejette deux grandes cuvettes d'un sang noir de très mauvaise odeur.

A partir de ce premier vomissement de sang, elle vomit chaque jour sans douleur. Pendant ce temps, les oreilles ne saignent presque plus. Cet état persiste jusqu'en juin 1891, où les vomissements cessent à peu près.

Il y a trois mois, apprenant la mort de l'un de ses frères, elle a une forte attaque de nerfs, et pendant trois jours elle ressent des douleurs très vives dans l'estomac et dans le dos. Puis les vomissements reparaissent mais sont moins abondants et plus rares. En même temps, sueurs abondantes sur tout le corps.

Etat actuel. — Au point de vue de la motilité, rien à noter, sinon un peu de lourdeur dans la marche. On remarque toutefois, surtout marqué à gauche, un tremblement des extrémités supérieures. Reflexes cutanés normaux.

La sensibilité au contact est normale du côté droit, très diminuée à gauche. Il en est de même de la sensibilité au froid. La sensibilité à la douleur est diminuée pour tout le côté gauche, y compris la face. Au niveau de l'avant-bras, anesthésie complète, superficielle et profonde, avec des zones d'hyperesthésie sur les faces antérieure et postérieure du poignet. Anesthésie pharyngée.

Pas de diplopie; reconnaît bien toutes les couleurs. Rétrécissement du champ visuel. Ouïe normale.

La circulation périphérique se fait mal, surtout au niveau des extrémités; marbrures violacées au niveau des mains et des avant-bras, avec refroidissement de ces parties. Sueurs abondantes de la paume des deux mains et de la face. Les piqûres faites du côté gauche ne saignent pas, mais au bout d'un moment la peau rougit autour de chaque coup d'épingle, puis à ce niveau se forme une élisure très sensible à la vue et au toucher. Dermographisme facilement provoqué. La malade rougit très facilement et la figure s'empourpre brusquement.

Observation 10

(Publiée par Boix dans la Nouv. Iconographie de la Salpêtrière
1891.)

L. . Georges, âgé de 35 ans, cuisinier, entre le 12 décembre 1890, à l'Hôtel-Dieu.

Antécédents héréditaires.— Son père est bien portant. Pas d'habitudes alcooliques. Néanmoins il s'emporte facilement. Sa mère a eu toute sa vie de fortes migraines, environ tous les 15 jours; elles duraient chaque fois de 24 à 48 heures.

Antécédents personnels.— Le malade a uriné au lit jusqu'à l'âge de 14 ans, malgré sa bonne volonté et tout ce qu'il a pu faire pour s'en corriger. Vers la fin de son service militaire, il a une grande attaque de rhumatisme articulaire aigu qui le tient trois mois à l'hôpital. Depuis, il a eu douze

nouvelles attaques de rhumatisme assez violentes et deux érisypèles de la face.

Le malade nie tout excès alcoolique. Pas de syphilis.

Première attaque d'œdème. — En août 1888, le malade a éprouvé dans la main droite, et dans cette main seulement, des crampes douloureuses intéressant toute la musculature de la main ; ces crampes survenaient à l'occasion des mouvements volontaires, surtout quand le malade voulait saisir un objet. Elles se sont montrées pendant trois jours. La sensibilité a persisté pendant cette période. Vers la fin du 3^e jour, la main se refroidit et pâlit ; en même temps, elle s'engourdit au point que l'usage en devient impossible et le gonflement commence, d'abord discret. Le matin du 4^e jour, le gonflement est à son maximum, et la sensibilité a disparu. Cet état de choses persistant, le malade entre à l'hôpital Saint-Antoine dans le service du D^r Raymond. Là, on fait les constatations suivantes : Parésie totale du bras droit. — Œdème très prononcé de la main droite avec refroidissement et coloration violacée. — Anesthésie de la main et des doigts sauf le pouce. — Anesthésie pharyngée ; pas d'autres troubles de la sensibilité ; pas de rétrécissement du champ visuel. Chloroformisation pendant laquelle on constate : 1^o que la main droite perd peu à peu sa coloration violacée, qu'elle devient rose ; 2^o qu'en même temps la température s'élève.

2^e attaque d'œdème. — Le 1^{er} janvier 1890, le malade qui avait quitté l'hôpital, aussitôt son œdème disparu, retourne à Saint-Antoine, repris de son œdème en 48 heures. On constate que l'anesthésie de la main comprend maintenant le pouce, et qu'elle s'est étendue jusqu'au milieu de l'avant-bras.

L'œdème disparaît spontanément au mois de mars, mais sa disparition a été progressive, plus lente que la 1^{re} fois.

3^e attaque d'œdème. — Le 1^{er} août 1890, il revient avec ce même œdème de la main droite.

4^e attaque d'œdème. — Vers le 10 novembre 1890, il est repris de crampes dans la main droite identiques à celles de la 1^{re} attaque. Mêmes phases de refroidissement, de pâleur et d'engourdissement et réapparition de l'œdème au 3^e jour. Le 4^e jour, l'œdème est à son maximum, dès ce moment les crampes ont disparu.

A l'examen, on constate : Sensibilité au pinceau complètement perdue. Sensibilité à la douleur et à la température très diminuée. Anesthésie absolue de la main malade ; muqueuses. Anesthésie pharyngée absolue. Anesthésie de la moitié droite de la langue, de la narine et de la conjonctive droites. Diminution très marquée de la sensibilité du conduit auditif du côté droit.

Sensibilité spéciale. — Goût aboli dans toute la moitié droite de la langue. L'odorat est perdu à droite. Diminution de l'acuité auditive du côté droit. Le tic tac d'une montre cesse d'être perçu à 15 centimètres. Rétrécissement concentrique du champ visuel des deux côtés, plus marqué pour l'œil droit. Pas de micro-mégalopsie. Pas de diplopie monoculaire. Pas de dyschromatopsie.

Description de la main malade. — Ce qui frappe au premier abord, c'est un œdème exagéré de la main droite commençant à quatre travers de doigts au-dessus de l'interligne radio-carpien et s'étendant jusqu'à l'extrémité des dernières phalanges. C'est, comme volume, l'aspect d'un phlegmon total de la main. Il semble que la peau sèche et

luisante, est près de se rompre. En même temps la main est fléchie sur l'avant-bras qui se tient dans une position intermédiaire à la pronation et à la supination. Cet œdème occupe toute la main, mais surtout la face dorsale qui est énorme. Les doigts sont également tendus à se rompre et étroitement collés les uns aux autres. La coloration de la main est d'habitude violacée, avec des plaques plus foncées et d'autres plus blanches ; c'est l'aspect marbré. La cyanose est beaucoup plus marquée vers l'extrémité des doigts. Mais cette coloration est variable au courant de la journée. La main devient rouge sombre avec des plaques plus ou moins foncées et des points cyanosés ; d'autres fois très pâle, d'autres fois tout à fait cyanosée, d'autres fois rosée. La main malade est manifestement plus froide que la main saine. Il y a une différence de 6 degrés en moyenne. Mais dans l'après-midi du 13, pendant l'examen du malade, la main œdématiée que l'on venait de constater plus froide que l'autre, devient sensiblement plus chaude. La température dépasse celle de la main saine de neuf degrés environ. Cette élévation de température ne s'est accompagnée d'aucune exagération de la rougeur. Cette élévation n'est que momentanée. Une heure après la main œdématiée redevient plus froide que l'autre.

Le malade n'a aucune conscience de ces changements de température. Il n'éprouve dans la main ni élancements, ni battements, ni chaleur.

L'aisselle droite est le siège d'une sécrétion exagérée de sueur. Au bout de quelques heures la chemise du malade est littéralement trempée.

Observation 11

(Recueillie dans le service de M. Rendu, hôp. Necker)

Hémoptyxies hystériques

M... Louise, 26 ans, infirmière, entrée salle Monneret, le 11 avril 1898.

Antécédents héréditaires. — Père tuberculeux, mort à la suite de nombreuses hémoptyxies. Mère également tuberculeuse, et morte tuberculeuse. Elle avait onze sœurs qui, toutes, sont mortes soit de tuberculose pulmonaire, soit de méningite tuberculeuse avant l'âge de 20 ans. Elle a encore une sœur qui est tuberculeuse avérée.

Antécédents personnels. — Rougeole et fièvre typhoïde dans sa jeunesse. La malade a toujours toussé. Il y a deux ans, à la suite d'un refroidissement, elle fut prise de congestion pulmonaire, pour laquelle elle fut soignée à l'hôpital. Quelques mois plus tard, à la suite de violentes quintes de toux, elle cracha du sang « à pleine cuvette. » Depuis, elle eut toujours des hémoptyxies qui se produisaient à la suite de quintes de toux, en quantité variable.

Le 7 avril dernier, dans la nuit, elle fut prise d'une violente hémoptyxie, à la suite de laquelle elle perdit connaissance. Elle s'alita mais, pendant trois jours, elle cracha du sang en assez grande quantité. C'est alors que le 11 avril, elle se décida à entrer à l'hôpital.

Etat actuel. — Depuis le jour de son entrée, la malade crache du sang presque tous les jours. Malgré ces hémoptysies répétées et assez abondantes, la santé générale n'est guère compromise. Si elle est anémique, elle n'a pas l'aspect d'une cachectique.

Appareil pulmonaire. — La percussion et l'auscultation sont absolument négatives. Aucun signe pouvant faire penser à l'origine tuberculeuse de ces hémoptysies.

D'autre part, on ne constate aucun trouble de la sensibilité générale ou spéciale. Pas d'anesthésie, ni d'hyperesthésie ; le réflexe pharyngé est conservé : pas de rétrécissement du champ visuel.

Température. — Si l'examen du poumon et de la sensibilité a été négatif, la malade présente des élévations de température très caractéristiques. Voici un tableau de sa température :

AVRIL

<u>11</u>	<u>12</u>	<u>13</u>	<u>14</u>	<u>15</u>	<u>16</u>	<u>17</u>	<u>18</u>	<u>19</u>	<u>20</u>
39.6	38	40	40.2	40.2	40.2	40.4	40.4	40.2	0.2

<u>21</u>	<u>22</u>	<u>23</u>	<u>24</u>	<u>25</u>	<u>26</u>	<u>27</u>	<u>28</u>	<u>29</u>	<u>30</u>
40	40	40.4	40.6	39.4	38.6	38.4	37.6	37.2	37.4

MAI

<u>1</u>	<u>2</u>	<u>3</u>	<u>4</u>	<u>5</u>	<u>6</u>	<u>7</u>	<u>8</u>	<u>9</u>
37.4	37.4	37.2	36.8	37.8	36.8	36.8	37.2	37.2

<u>10</u>	<u>11</u>	<u>12</u>	<u>13</u>	<u>14</u>	<u>15</u>	<u>16</u>	<u>17</u>	<u>18</u>
37.2	36.8	40	39	39.2	39.2	39	39.6	39.4

<u>19</u>	<u>20</u>	<u>21</u>	<u>22</u>	<u>23</u>	<u>24</u>	<u>25</u>	<u>26</u>	<u>27</u>
38.8	38.4	39	39.6	38.6	38.2	39	38.8	39.2

<u>28</u>	<u>29</u>	<u>30</u>	<u>31</u>
38.2	39.2	39.6	39.8

JUIN

<u>1</u>	<u>2</u>	<u>3</u>
38.4	38.4	36.8

Comme on le voit, d'après le tableau qui précède, la température a oscillé entre 37°5 et 40°5, avec rémission le matin de un degré en moyenne.

Durant toute cette période, la malade a eu une anorexie absolue. C'est avec les plus grandes difficultés qu'on parvenait à lui faire prendre quelques aliments ; le meilleur moyen de la décider était de lui promettre des injections de morphine, dont elle avait usé et abusé auparavant. Chose curieuse, et qui donne une idée de son état mental particulier, on avait fini par lui injecter, en guise de morphine, de l'eau pure, et cette substitution avait la même efficacité.

Bien plus, la malade n'avait des hémoptysies que quelques temps avant la visite du matin, et même n'en avait pas du tout les jours où elle savait que M. Rendu n'allait pas venir. Il semblerait qu'elle se servait de ses hémoptysies comme « d'un truc » pour se rendre intéressante et faire durer son séjour à l'hôpital.

La malade fut traitée dès lors comme névropathe, et le traitement a produit les meilleurs effets.



Physiologie pathologique

Avant d'aborder cette étude, il n'est pas sans intérêt de rapporter brièvement quelques détails anatomiques.

La paroi vasculaire n'est pas une simple membrane. Parmi les nombreuses propriétés physiologiques dont elle est douée, l'une des plus importantes est la contractilité. Cette propriété est due à la présence de fibres musculaires lisses, qui maintiennent les vaisseaux à l'état normal, dans un état moyen de contraction ; il existe ce qu'on appelle un tonus musculaire. Cet état d'activité des muscles vasculaires est sous la dépendance des nerfs vaso-moteurs.

Mais cet état de moyenne contraction peut, suivant les circonstances, augmenter ou diminuer : dans le premier cas, ce sont les nerfs vaso-constricteurs qui entrent en jeu pour amener la contraction des muscles vasculaires ; dans l'autre cas, ce sont les nerfs vaso-dilatateurs dont l'état d'activité suspend l'activité des nerfs vasculaires et produit ainsi une dilatation des vaisseaux.

D'où viennent ces nerfs vaso-moteurs et quel est leur trajet ? Ils sortent de la moelle par les racines antérieures, se rendent à travers les rameaux commu-

niquant dans les ganglions de la chaîne principale du grand sympathique, puis gagnent les divers territoires vasculaires.

Comment agissent les nerfs vaso-moteurs ? On admet généralement avec Claude Bernard, dont la théorie plus tard a été développée et complétée par Vulpian, que les nerfs vaso-constricteurs agissent d'une manière continue, grâce à l'activité des centres cérébro-spinaux, dont ils reçoivent leurs incitations et entretiennent ainsi le tonus vasculaire. Les vaso-dilatateurs n'agissent pas sur les vaisseaux eux-mêmes, mais sur les extrémités des nerfs vaso-constricteurs qu'ils paralysent. Lorsqu'ils fonctionnent, ils exercent sur la périphérie de l'appareil vaso-moteur une influence d'arrêt ; il se produit, suivant l'expression de Claude Bernard, une espèce d'interférence des deux influences nerveuses.

Ces notions générales posées, nous allons rechercher le rôle que jouent les vaso-moteurs dans la production des troubles que nous étudions.

Ces troubles sont-ils dûs, comme l'enseignait Charcot, à un spasme des vaso-moteurs ou bien à leur paralysie, suivant l'opinion professée par M. Pitres ? Nous pensons que ces troubles sont sous la dépendance de la paralysie des vaisseaux, par suite de l'affaiblissement du pouvoir excito-moteur de la moelle. Chez les sujets hystériques, en effet, l'activité des centres cérébro-spinaux est très affaiblie ; il

en résulte que les nerfs vaso-moteurs, n'étant plus sollicités par ces centres, dont ils reçoivent leurs incitations, à l'état normal, deviennent incapables d'entretenir le tonus vasculaire ou état de moyenne contraction. La paroi musculaire des vaisseaux se dilate, et l'on voit alors se produire, chez les sujets prédisposés, surtout chez les hystériques, ces troubles divers, tels que : l'œdème bleu, la cyanose, le dermographisme, les hémorrhagies (hémorrhagies pulmonaires, lacrymales, auriculaires, hématémèses), les troubles sécrétoires (sueurs profuses, pyalisme, etc. Pour les troubles vaso-moteurs cutanés, en particulier, M. Renaut de Lyon, par ses recherches anatomopathologiques, a démontré que toutes ces manifestations cutanées, depuis la rougeur ou dermographie jusqu'à la gangrène de la peau, en passant par la bulle de pemphigus, l'œdème, l'ecchymose, et l'hémorrhagie dite spontanée, toutes ces lésions ne sont que des étapes différentes d'un processus identique.

C'est surtout sous l'influence immédiate de l'attaque, que se montrent, ainsi que l'ont très expressément noté Bourneville et Regnard, les plaques congestives, l'érythème, l'urticaire, qui disparaîtront souvent avec le paroxysme.

Toutefois, on peut se demander, si, chez les sujets atteints de diathèse vaso-motrice, suivant l'heureuse expression de M. Gilles de la Tourette, n'interviennent pas d'autres causes pouvant expliquer la localisation

spéciale de la névrose sur l'appareil vaso-moteur. Il existe en effet des observations probantes qui montrent qu'un grand nombre de malades sont entrés par cette porte dans l'hystérie, sans avoir présenté ni avant, ni après, d'autres stigmates hystériques. A côté des grands processus, dit Gilles de la Tourette, tels que la diathèse de contracture, les stigmates sensitivo-sensoriels, il existe dans l'hystérie, ou, au moins, chez certains hystériques, un stigmate permanent, la diathèse vaso-motrice, à laquelle ressortissent quantité de troubles qui ont entre eux une parenté indéniabla.»

Si, en effet, dans la majorité des cas, ces troubles vaso-moteurs se montrent à l'occasion des attaques convulsives, il est des cas de plus en plus nombreux à mesure que la névrose est mieux connue, où ces troubles sont indépendants des paroxysmes ou se montrent dans les intervalles prolongés des attaques.

C'est alors un véritable phénomène d'hystérie locale, dont l'étude est d'autant plus intéressante, qu'il est souvent malaisé d'en démêler la pathogénie exacte.

Dans ces cas, faut-il admettre que l'attaque reste cantonnée dans les muscles des vaisseaux exclusivement, et, qu'à la suite de ce spasme, les nerfs vaso-moteurs, ne pouvant rester excités au delà d'un certain temps, sont paralysés par suite de cette excitation anormalement exagérée ? Cette hypothèse permet de

comprendre le caractère périodique de ces troubles et leur production à la suite de causes occasionnelles toujours les mêmes.

Ou bien doit-on adopter l'opinion très séduisante, à vrai dire, de M. Grasset, qui n'est pas loin d'attribuer à ces troubles vaso-moteurs une origine toxico-infectieuse.

Il est indéniable que, dans l'état actuel de nos connaissances, on ne saurait adopter sans réserves cette hypothèse. Toutefois, nous ne serions pas éloigné de croire que ces troubles sont produits par des sécrétions bactériennes agissant comme toxiques sur les centres vaso-moteurs du bulbe, ceux-ci pouvant dès lors être impressionnés par une action réflexe, dont le point de départ serait soit psychique, soit cutané. On sait, en effet, depuis les travaux de Bouchard, que les toxines élaborées dans l'organisme et surtout dans l'appareil digestif, produisent, après absorption, l'abolition de l'excitabilité des vaso-moteurs, la paralysie des vaso-constricteurs. D'autre part, on sait la fréquence des troubles gastro-intestinaux chez les hystériques. Grâce à cette conception, on peut comprendre qu'avec un système nerveux spécialement susceptible et impressionnable, soit héréditairement, soit d'une manière acquise, et un toxique agissant soit sur les vaso-moteurs périphériques, soit plutôt sur les centres vaso-moteurs de la moelle, on peut s'expliquer la possibilité et la fréquence des troubles vaso-moteurs dans l'hystérie.

Diagnostic

Le diagnostic des accidents hystériques d'origine vaso-motrice n'offre, en général, aucune difficulté. On ne confondra pas par exemple, les erythèmes liés manifestement à l'hystérie avec les diverses éruptions des fièvres ou le purpura. Pourtant, dans la pratique hospitalière, il n'est pas rare de rencontrer certains malades se servir de ces troubles pour se faire recevoir à l'hôpital. Il y en a, par exemple, qui atteints de dermatographisme, produisent, sur leur peau, par des procédés particuliers, les diverses éruptions de rougeole, de variole, de scarlatine, etc, et cela, avec assez de perfection pour tromper le médecin. Mais il suffit de penser à l'hystérie pour la dépister, ramener les accidents à leur véritable cause, et ainsi, éviter de tomber dans une erreur grossière.

Les hémorrhagies profuses avec siège différent relevant de l'hémophilie pourraient à la rigueur être confondues avec les manifestations de même nature d'origine hystérique. Mais là encore, l'absence d'attaques hystériques et d'autres symptômes hystériques, sera le point fondamental du diagnostic différentiel.

L'œdème hystérique sera difficilement pris pour un phlegmon diffus. On se basera surtout sur le mode

de début, la marche, la température locale, — toujours abaissée en cas d'hystérie — et en dernière analyse, sur la présence ou l'absence de stigmates hystériques.

Si dans la grande majorité des cas, il n'est pas malaisé de mettre l'étiquette hystérique sur les diverses manifestations qui se présentent à la curiosité du clinicien, il en est toutefois qui exigent une analyse très subtile et un esprit critique des plus exercés.

Au nombre de ces manifestations, qui causent quelquefois au médecin des soucis très réels, nous citerons les hémorrhagies liées à l'ulcère de l'estomac et les hémorrhagies pulmonaires. Dans le cas d'ulcère les difficultés sont grandes. Ici, nous n'avons pas la ressource de l'état général des malades et de leur âge, comme dans le cancer, pour repousser le diagnostic d'ulcère de l'estomac. Toutefois la marche de la maladie et la nature des accidents aideront beaucoup au diagnostic. Dans l'ulcère, on constate une douleur fixe xyphoïdienne avec irradiations dans les hypochondres ou l'abdomen ; cette douleur est vive, lancinante, influencée par les aliments, cessant lorsque le vomissement se produit ; le sang rendu varie du rouge clair au rouge brun, noirâtre, suivant la durée de son séjour dans l'estomac. En cas d'hystérie, s'il y a quelquefois des points douloureux, leur siège n'est pas fixé ; ces douleurs sont sourdes, presque nulles, et ne sont en aucune façon influencées par le passage des aliments. L'hématémèse hystérique est formée d'un

sang plus rouge, rutilant, et se produit presque toujours à l'occasion d'une colère, d'une émotion morale. De plus, dans l'intervalle de ses crises, l'hystérique ne souffre pas et peut supporter l'alimentation ordinaire, ce qui n'est pas le cas dans l'ulcère.

Les hémoptysies hystériques sont d'un diagnostic plus épineux encore. Notre observation XI est un exemple remarquable des difficultés que l'on peut rencontrer, sans compter que dans ces cas particuliers, un erreur de diagnostic peut avoir les conséquences les plus fâcheuses.

Il est en effet des malades qui se présentent avec des symptômes inquiétants : hémoptysies, température très élevée, souvent du délire, sueurs nocturnes, anorexie absolue. A l'examen des poumons rien ou presque rien, sinon un peu de rudesse de la respiration, et aussi une submatité si légère qu'on pourrait ne pas en tenir compte. Les hésitations commencent alors, et aussi l'inquiétude. Est-ce une granulie au début ? L'auscultation et la percussion sont généralement négatives. Mais la température est là, avec ses grandes oscillations, qui jette le trouble et l'incertitude dans l'esprit. On se dit pourtant que les hémoptysies sont trop fréquentes, et surtout trop abondantes, pour qu'elles soient attribuables à la tuberculose ; que le sang ne renferme ni bacilles ni fibres élastiques que l'état général, malgré les sueurs nocturnes, malgré la température, malgré les pertes sanguines, malgré l'anorexie, on observe, dis-je, que

l'état général, sans être florissant, n'en est pas moins bon; que cet état dure quelquefois depuis plusieurs mois sans aggravation aucune. — ce que l'on ne voit pas dans la tuberculose galopante. Et alors on pense à l'hystérie, la seule maladie qui simule si bien toutes les autres; on en recherche les stigmates, et lorsqu'on les trouve, on est tout de même surpris et ravi.



Traitement

Le traitement comporte rarement des indications spéciales urgentes.

C'est ainsi que l'hémoptysie hystérique peut être assez grave, par son abondance et sa fréquence, pour réclamer une intervention énergique. Généralement, c'est le traitement classique que l'on mettra en œuvre.

Au premier rang des moyens thérapeutiques que l'on pourra employer, il faut placer l'hydrothérapie et la suggestion. Les médicaments nervins sont d'une efficacité problématique. Le meilleur procédé employé en hydrothérapie est représenté par la douche. La douche sera donnée en jet brisé, froide, à une température oscillant entre 7 et 12 degrés centigrades ; la durée sera d'autant plus courte que la température sera plus basse.

Si le malade ne peut pas supporter la douche d'emblée, c'est à la douche écossaise qu'il faut recourir. On emploiera de préférence la douche écossaise sans transition. Cette façon d'administrer la douche écossaise consiste à projeter l'eau chaude à 35° ou même à 4°, suivant la tolérance du sujet ; on maintient l'eau à la température adoptée pendant une ou deux minutes, pour l'abaisser brusquement et sans transi-

tion à la température la plus basse qu'on puisse obtenir, et l'on administre celle-ci pendant 5 à 15 secondes.

La suggestion est une autre méthode thérapeutique de premier ordre. Sans employer de violence, on traitera son malade avec autorité. Instruit des causes qui ont pu produire ou qui entretiennent la névrose, on cherchera à en contrebalancer les effets. On assurera le malade que son mal n'a aucune gravité, que les accidents dont il souffre doivent disparaître sans peine ; le médecin le persuadera de l'efficacité des moyens qu'il emploie. On pourra dans certains cas, recourir à des moyens dont le seul effet est de frapper violemment l'imagination.



CONCLUSIONS

De l'étude qui précède, nous pouvons conclure :

1° On peut entrer dans l'hystérie par plus d'une porte. Comme dans le tabes, chacun des symptômes peut se montrer le premier ; la succession des accidents n'est soumise à aucune règle chronologique. Au fond, il n'existe pas plus une première période dans l'hystérie qu'il n'en existe dans le tabes, celui-ci pouvant d'emblée débiter par l'ataxie du mouvement ou un autre symptôme quelconque, l'hystérie pouvant se manifester tout d'abord par de grandes attaques, des troubles de la sensibilité, ou des troubles vasomoteurs ;

2° De l'absence de symptômes cardinaux tels que : grandes attaques, paralysies, contractures, troubles de la sensibilité, on ne doit pas inférer qu'on ne se trouve pas en présence de manifestations hystériques.

Dans ces cas particuliers, d'un diagnostic très délicat, il faut le reconnaître, l'état général et la marche de la maladie seront d'un grand secours pour l'interprétation judicieuse des phénomènes.

Vu :

Le Président de la Thèse,
DEBOVE.

Vu

Le Doyen,
P. BROUARDEL.

Vu et permis d'imprimer :

Le Vice-Recteur de l'Académie de Paris
GRÉARD.



INDEX BIBLIOGRAPHIQUE

Armaingaud. — Gazette hebd. de médecine et de chirurgie, 1876.

Axenfeld et Huchard. — Traité des névroses.

Achard. — Thèse de Paris, 1887.

Athanassio. — Thèse de Paris, 1870.

Archives de Neurologie. — Années, 1888, 89, 90, 92, 95, 96.

Bourneville. — Recherches sur l'hystérie, histoire de Louise Lateau.

Briquet. — Traité de l'hystérie.

Brissaud. — Archives de physiologie normale et pathol., 1887.

Bulletin Médical, mars, 1890.

Charcot. — Œuvres complètes.

Cornù. — Thèse de Paris, 1890.

Debove. — Société médicale des Hôpitaux.

Dechambre. — Dictionnaire, art. hystérie et vaso-moteurs.

Dujardin-Beaumetz. — Union médicale, 1879.

Féré. — Comptes-rendus, Société de Biologie.

Gilles de La Tourette. — Traité de l'hystérie.

Gilles de la Tourette et Dutil. — Nouv. Iconogr. de la Salpêtrière, 1889.

Gilles de La Tourette. -- Nouv. Iconogr., 1890, janvier, février.

Grasset. — Cliniques de Montpellier.

Lancereaux. — Leçons sur les hémorrhagies névropathiques, Union médicale.

Landouzy. — Traité complet de l'hystérie, 1846.

Lyon Médical, avril 1893.

Legrand du Saulle. — Les hystériques.

Magnus Huss. — Arch. gén. de Méd. et Chir., 1857.

Médecine Moderne, octobre 1896.

Oulmont. — Thérapeutique des maladies nerveuses.

Pitres. — Leçons cliniques sur l'hystérie.

Montpellier Médical, octobre 1890.

Progrès Médical, février 1891.

Parrot. — Etude sur les hémorrhagies névropath., Gaz. Hebd., 1869.

Presse Médicale, avril 1896.

Société Médicale des Hôpitaux, mars 1891.

Société de Biologie, novembre 1886, juillet 1895, janvier 1888-89.

Ranvier. — Académie des sciences, janvier 1895.

Raymond. — Société de biologie, 1881.

Richer. — Etudes sur l'hystérie.

Trousseau. — Clinique médicale, 1861, t. 1.

Watson. — Thèse de Montpellier, 1891.

Vulpian. — Leçons sur le système vaso-moteur, 1875.

